

Antrag auf Kurzzeitpflege

Name: _____

Vorname: _____
(des/der Versicherten)

Geb.-Datum: _____

Versicherten-Nr.: _____

Anschrift: _____

Telefon-Nr.: _____

Die Pflegeperson ist vom __ __. __ __.20__ __ bis __ __. __ __.20__ __ verhindert wegen

- Erholungsurlaub
- Krankheit
- sonstige Gründe: _____

Die Pflege wird in dieser Zeit sichergestellt in

Name der Einrichtung: _____

Anschrift: _____

Sofern die Gesamtkosten der Kurzzeitpflege nicht gedeckt sind, bitte ich

- die in diesem Kalenderjahr nicht in Anspruch genommenen Beträge auf zusätzliche
Betreuungs- und Entlastungsleistungen hierfür zu verwenden.
- den in diesem Kalenderjahr noch zur Verfügung stehenden Anspruch auf Verhinderungs-
pflege zu übertragen.

Datum: _____ Unterschrift: _____
(des/der Versicherten)